

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Avril 1898, à 1 heure

PAR

Francis JOUIN

Né à Redon le 6 janvier 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS SOLIDES
DE
L'OVAIRE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.

BAR et ALBARRAN, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Avril 1898, à 1 heure

PAR

Francis JOUIN

Né à Redon le 6 janvier 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS SOLIDES

DE

L'OVAIRE

*Président : M. GUYON, professeur.**Juges : MM. BERGER, professeur.*

BAR et ALBARRAN, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	LACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma Mère et de ma Sœur

A ma Femme

A mon Père, A ma Belle-Mère

A Madame Fraieu

A mon Oncle, l'abbé Bécél

A mes Tantes

A mes Frères

Au Docteur Fraieu

A mes Amis

A mon Maître, le Docteur Récamier

Chirurgien de l'hôpital Saint-Michel

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le professeur Guyon

Professeur de la Faculté de médecine de Paris

Chirurgien de l'hôpital Necker

Membre de l'Institut (Académie des Sciences)

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire

AVANT - PROPOS

Les tumeurs solides de l'ovaire sont rares, on peut les diviser en trois sujets principaux.

Les fibrômes et fibro-sarcomes.

Les sarcomes.

Les épithéliomes ou carcinomes.

Notre étude comprendra une revue d'ensemble de ces trois variétés de tumeurs.

1° Un chapitre d'anatomie pathologique sur les tumeurs de l'ovaire en général et sur chacune d'elle prise séparément.

2° La symptomalogie de ces tumeurs.

3° Marche et généralisation.

4° Leur diagnostic différentiel.

5° Pronostic.

6° Un chapitre sur les indications opératoires et le traitement.

Au moment où s'ouvre devant nous la carrière médicale, à cette heure où arrivé à la fin de nos études, nous allons devenir praticien, c'est à la fois pour nous un devoir et une satisfaction d'adresser à ceux qui ont été nos maîtres l'expression de notre reconnaissance émue où se confondent à la fois notre respect et notre affection.

Que nos premiers maîtres à l'école de Rennes, MM. les docteurs Delacour, L'Huissier dont nous avons été pendant un an le prosecteur, Aubrée, Dayot, Perret, Bertheux reçoivent ici le témoignage de notre reconnaissance.

Que le docteur Ferrand, dont nous avons été l'élève pendant une année comme stagiaire à l'Hôtel-Dieu de Paris, veuille accueillir l'expression de toute notre gratitude.

Le docteur Moizard, médecin de l'Hôpital des Enfants Malades, nous a montré une bienveillance particulière en nous accueillant dans son service. Il nous a initié à la pratique si délicate de la médecine infantile.

Nous avons ensuite eu l'honneur et l'avantage d'être l'élève de Monsieur Récamier chirurgien de l'Hôpital St-Michel. Que dirons nous au maître si excellent qui, indépendamment de l'enseignement qu'il nous a prodigué a bien voulu nous honorer de cette marque précieuse de son amitié, au maître qui enfin nous a inspiré ce travail ; que Monsieur Réca-

mier reçoive ici l'assurance que notre affection, que notre dévouement ne lui failliront jamais.

Le docteur Hallé, chef de laboratoire de Monsieur le professeur Guyon, nous a toujours reçu avec bonté dans son service et nous a prodigué ses conseils, nous lui devons une grande reconnaissance.

Nous sommes redevables envers Monsieur le docteur Potherat de plusieurs observations prises dans son service à l'Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, qu'il reçoive tous nos remerciements.

Le docteur Fraieu, notre beau-frère, a bien voulu nous prêter son généreux concours; nous sommes heureux de pouvoir lui affirmer ici notre affection bien fraternelle et notre reconnaissance.

Que Monsieur le professeur Guyon qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse reçoive, avec nos remerciements, l'assurance de notre profond respect.



CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique

Siège. — Dans le plus grand nombre des cas de tumeurs solides de l'ovaire, un seul côté est envahi à la fois, témoin la statistique de West qui sur 80 cas de tumeurs solides de l'ovaire examinées par lui, a trouvé 26 fois seulement les deux ovaires pris à la fois, de même dans celle de Léopold sur 56 cas, 20 fois l'affection était double, enfin Ziembicki sur 38 tumeurs, 37 fois un seul ovaire était pris.

Age. — Il est également bien établi que l'âge exerce une influence sur la nature et la production de ces tumeurs, et c'est dans les premières années fonctionnelles de la femme qu'elles se rencontrent. Jusqu'à l'âge de 25 ans, on voit se développer de préférence les cancers, sarcômes, tumeurs kystiformes. Les fibromes se montrent entre 30 et 50 ans.

Forme. — La forme varie suivant la nature de la production ; régulière, s'il s'agit d'une affection kystique, irrégulière dans les fibromes, sarcômes, cancers. Cependant dans ces dernières, la forme normale de l'ovaire se reconnaît aisément puisque l'ac-

croissement morbide de la glande se fait aux dépens de la totalité.

Poids. Volume. — Le poids et le volume sont variables. Les fibromes atteignent généralement la grosseur d'une tête d'enfant, on trouve cependant des exemples de gros fibromes, tel celui de Spiegelberg qui pesait 30 kilogs, et il semble qu'il appartienne de préférence à la variété fibro-sarcomateuse.

En relisant l'observation de Doran, dont le fibrome trouvé pesait 16 livres on avait affaire à un fibrome du ligament large, puisque le pédicule de la tumeur se perdait dans le ligament large, entre l'utérus et l'ovaire légèrement adhérent à ce dernier.

Consistance. — Variable ; ayant donné lieu par le palper aux interprétations les plus fausses, telle tumeur trouvée très dure pendant la vie, était remplie de liquide ou de sang, au contraire le diagnostic de collection liquide étant posé, l'opération démontrait l'existence d'une production absolument solide : témoin Kœberlé extrayant une tumeur fibreuse pesant 64 livres, et qui au diagnostic avait offert les symptômes caractéristiques d'une tumeur solide ; on a ponctionné des tumeurs fibreuses ayant donné lieu à des hémorrhagies post-opératoires mortelles et Verneuil perdit une de ses malades dans ces conditions.

Ces anomalies apparentes peuvent se rencontrer, dit Guyon, chez les tumeurs ovariennes, mollasses,

vasculaires ou œdématisées ; mais en général c'est la consistance dure et élastique qui se rencontre le plus souvent.

Parois. — L'épaisseur des parois varie avec la production néoplasique.

Les sarcomes médullaires, les cysto-sarcomes ont une enveloppe externe fragile, tandis que les fibro-sarcomes, les fibromes, les kystomes, les cancers ont des parois mesurant jusqu'à 1 cent. 1/2.

Le point le plus intéressant de l'examen réside dans l'existence ou l'absence d'adhérences ou de vascularité à la surface de la tumeur, certaines sont douées d'une richesse vasculaire énorme due souvent à une torsion du pédicule ; accident fréquent dans les kystes de l'ovaire, mais auxquels n'échappent pas les tumeurs solides, tout en ayant un pédicule très court.

Quant aux adhérences, elles sont nulles au début, se montrent de préférence dans les derniers temps quand la tumeur a acquis un complet développement.

Voici l'opinion de Waldeyer à ce sujet. L'ovaire doit cette immunité de contracter des adhérences dès le début avec les organes voisins contrairement aux kystes de l'épiploon, du foie, de la rate, et les fibromes pédiculés de l'utérus, qui contractent si facilement des adhérences à la nature spéciale de son épithélium.

L'épithélium de l'ovaire est cylindrique, et ne diffère de celui de la trompe que par l'absence de cils vibratils ; par conséquent, il donne au revêtement extérieur de la glande les caractères d'une véritable muqueuse, et la protège contre les adhérences avec la séreuse péritonéale. Une séreuse contracte facilement des adhérences avec une autre séreuse, mais n'en contracte pas avec une muqueuse, parce que l'épithélium de même espèce dans le 1^{er} cas est différent dans le 2^e. Donc aussi longtemps que le revêtement épithélial de l'ovaire reste intact, il n'y a pas d'adhérence possible, et tant que le néoplasme n'a pas dépassé les dimensions d'une tête d'enfant, l'épithélium peut persister sans altération.

Léopold explique ce mode d'adhérence par cette raison que l'épithélium cylindrique disparaît chez les femmes âgées ; par conséquent les adhérences se montreront de préférence chez ces dernières plutôt que chez les jeunes sujets.

En général le pédicule des tumeurs ovariennes est court, sa largeur est en rapport avec leur volume et constitué par le ligament propre de l'ovaire.

Rapports avec les organes voisins. — L'ovaire atteint se développe du côté du grand bassin, ayant tendance à se porter du côté de la paroi abdominale, en refoulant en haut, en arrière et sur les côtés l'intestin.

En dehors de l'état de grossesse ces tumeurs

exercent peu d'influence sur l'utérus, elles modifient sa position, et lui impriment des déviations, mais ce qu'il faut avant tout signaler, c'est que la cavité utérine reste intact.

Les rapports qu'affecte la tumeur peuvent engendrer des troubles fonctionnels, d'ordre mécanique, que nous étudierons au chapitre de la symptomatologie.

L'anatomie pathologique des tumeurs solides de l'ovaire étant étudiée dans son ensemble nous allons passer rapidement en vue, l'anatomie pathologique propre à chacune de ces tumeurs. On comprend généralement les fibrômes, les sarcômes et les épithéliomes ou carcinômes. Les enchondrômes et les tubercules forment des variétés très rares ; les papillômes n'ont rien à voir dans cette description.

Les fibrômes de l'ovaire sont rares, ils ne forment pas, dit M. Pozzi « des néoplasmes limités, circonscrits, sorte de parasites presque indépendants des parties voisines comme les corps fibreux de l'utérus : c'est plutôt ici une dégénérescence fibreuse de l'organe qui est assez uniformément hypertrophiée pour que sa forme et ses rapports ne soient pas dénaturés. » Les fibrômes de l'ovaire diffèrent surtout par des caractères microscopiques et ne sont pas enveloppés d'une capsule de tissu conjonctif lâche, dont on peut les énucléer, et sur leur coupe, on ne voit pas la disposition des fibres musculaires en groupe

concentriques, disposition habituelle dans les fibrômes utérins.

Il n'est pas rare de rencontrer au milieu de ces tumeurs des noyaux dégénérés en tissu sarcomeux.

Les sarcômes ovariens présentent souvent, à la coupe, des cavités kystiques dont la genèse est difficile à établir ; un autre mode que l'on rencontre encore fréquemment, c'est la dégénérescence graisseuse et le ramollissement des parties centrales de la tumeur soit par une nutrition insuffisante ou par torsion du pédicule.

Dans la majeure partie des cas, un seul ovaire est envahi à la fois, le fibrôme absorbe l'organe entier, ou ne se développe qu'aux dépens d'un de ces points comme dans l'observation du Dr Mundé que nous avons rapportée.

Ces tumeurs fibreuses de l'ovaire, sont généralement assez petites en temps que fibrômes purs. Les fibro-sarcomes, ou fibro-myxomes acquièrent des proportions énormes. Spiegelberg a décrit un fibrôme pesant 30 kilogs, c'était vraisemblablement un fibrô-sarcome (Schrœder).

Ch. Monod a enlevé un fibro-sarcome gros comme un melon, accompagné d'un ascite énorme, chez une femme de 50 ans ; quant au fibrôme de Doran pesant 16 livres c'était un fibrome du ligament large.

« Le sarcome est rare dit Pozzi et le plus souvent bilatéral. La variété fasciculée ou fibro-plastique est plus fréquente que la variété encéphaloïde ou embryoplastique. La première a une consistance lardacée ; la seconde est beaucoup plus molle. Des cavités kystiques et des foyers de désintégration graisseuse sont fréquents dans l'épaisseur du tissu. On y observe de nombreux vaisseaux, leur volume généralement moyen peut atteindre de grandes dimensions.

Le cancer primitif de l'ovaire est encore plus rare ; on le divise en deux formes anatomiques principales : l'une médullaire, l'autre superficielle et papillaire, la plus grande confusion règne à ce sujet.



CHAPITRE II

Symptomatologie

Fibrômes. — L'évolution des tumeurs solides de l'ovaire présente 2 périodes à considérer.

Dans la 1^{re} période ou de début, elles sont petites, mobiles et libres de toutes adhérences.

Dans la 2^e période, elles sont énormes ; arrivées à leur complet développement et ne formant souvent qu'un tout avec les parties voisines, se rapprochant par là des tumeurs malignes.

Il est bien difficile de préciser le début de ces tumeurs, qui souvent échappent à un examen rapide ou se confondent parfois avec une affection banale de l'ovaire ; car les premiers troubles de la santé peuvent se manifester, alors que l'organe est déjà malade depuis un certain temps.

En général pour M. Bourgoïn rapportant les observations de M. Picqué dont toutes les malades furent examinées sous le chloroforme « ces tumeurs se présentent sous une forme arrondie, petite, ayant une consistance dure, uniforme et très mobile. »

Cependant en étudiant les faits de près, on voit que deux phénomènes principaux caractérisent

particulièrement cette période initiale. Ce sont les douleurs et les modifications de la menstruation.

Les douleurs, dont la cause est difficile à expliquer se localisent, soit dans l'aîne, au pubis, ou bien dans le point affecté lui-même, comme s'il s'agissait d'une ovarite.

Plus souvent, le ventre tout entier devient le siège de douleurs sourdes, irradiées, quelquefois lancinantes et paroxystiques empêchant tout repos chez le malade ; puis ces douleurs arrivent à se calmer, il se fait une sorte de rémission, peut-être due à une irritation du péritoine moins grande qu'au début.

Bientôt les douleurs reparaissent, sous forme de crises apportant avec elles un caractère nouveau.

Le ventre s'étant développé peu à peu, ce sont de véritables névralgies, dues à la compression directe des plexus ; aussi ces douleurs se font-elles sentir le long des troncs nerveux, aux lombes, au périnée et aux extrémités.

Les troubles menstruels offrent sous le rapport de la quantité et de la durée des irrégularités qui échappent à toute analyse. Tantôt les règles se suppriment pendant quelques mois pour reparaitre ensuite avec régularité. Il existe bien souvent des métrorrhagies.

Il faut noter le développement du ventre dû soit au volume de la tumeur elle-même, soit à l'ascite qui accompagne certaines variétés de ces tumeurs ;

étant donné que le chirurgien a rarement l'occasion d'examiner ces tumeurs au début et que ce n'est que lorsqu'elles ont atteint un certain développement, que les malades viennent consulter ; c'est donc pour nous la 2^e période qui devient la plus intéressante.

2^e période. — La tumeur à ce moment fait saillie dans le ventre et la malade se plaint de pesanteur au bas ventre. Par l'examen abdominal on voit une tumeur dans l'excavation pelvienne, par la palpation on arrive sur son prolongement pelvien dont on peut déterminer les rapports.

Au toucher on sent le col bas, porté en avant vers le pubis ; du côté de la tumeur les culs-de-sacs sont effacés, on arrive directement en les déprimant, sur une tumeur dure, élastique ; unissant alors le palper au toucher, le doigt restant sur le col utérin, on constate une liberté complète entre la tumeur et l'utérus.

Il existe rarement des métrorrhagies, et souvent les règles restent régulières ou font défaut quelques mois seulement. Un caractère particulier c'est l'état général satisfaisant des malades : la coloration reste normale, ainsi que les fonctions digestives, et c'est là souvent une cause d'erreur de diagnostic, entre le fibrôme utérin très pédiculé n'occasionnant ni phénomène de compression, ni métrorrhagie, ni cachexie et le fibrôme de l'ovaire.

Ils en diffèrent cependant par une mobilité

plus grande, moins de pertes, et enfin, signe capital, une cavité utérine normale, sauf toutefois, comme le rappelle Pozzi, une élongation de 2 à 3 centimètres, produite par l'ascension et l'attraction de la tumeur ovarienne. Il ne faut pas négliger de mettre en pratique ce moyen de diagnostic qui permettra d'éviter une erreur. C'est en 1828 que Samuel Lair l'employa pour la première fois, puis elle tomba dans l'oubli ; et c'est à Huguier que revient le mérite de l'avoir fait rentrer définitivement dans la pratique chirurgicale ; or, il faut bien se pénétrer de cette idée, dit Ziem-bicki, que l'hystérométrie rend dans le diagnostic des affections utéro-ovariennes, le même service que l'auscultation dans les maladies de poitrine et du cœur. Il faut donc chaque fois qu'on soupçonnera une tumeur ovarienne, pratiquer le cathétérisme utérin explorateur et mensurateur.

a) *Explorateur*. — En introduisant une sonde utérine dans la matrice, il sera facile de constater si en imprimant un mouvement à la tumeur, cette dernière entraîne dans un mouvement inverse l'extrémité de la sonde restée à la vulve, dans lequel cas, elle ferait partie intégrante de l'utérus, ou dans le cas contraire des annexes.

b) *Mensurateur*. — La mensuration de la cavité utérine donnera de précieux renseignements ; nous savons en effet que le diamètre vertical du canal utérin varie entre 0,045 chez les nullipares et 0,065

chez les multipares. Or le cathétérisme pratiqué chez une femme soupçonnée de tumeur ovarique sera constamment trouvé normal, c'est-à-dire qu'on trouvera une matrice saine ; on aura soin évidemment d'approprier l'instrument aux déviations utérines s'il en existe, à moins d'une rétroflexion trop prononcée, pour se prémunir contre les erreurs.

Percussion. — La percussion donnera des indications sur :

- 1° La présence de l'ascite ;
- 2° Le volume et l'étendue de la tumeur ;
- 3° La situation des anses intestinales.

L'auscultation ne devra pas être négligée, nous en reparlerons à propos des sarcômes, ainsi que des troubles fonctionnels lorsque la tumeur a acquis un certain développement.

Le sarcôme de l'ovaire et le fibromyome présentent des symptômes prodromiques peu différents.

La période de début offre une physionomie clinique assez peu nette, tant sont divers les troubles occasionnés par le sarcome au début. En général la douleur est le premier symptôme morbide, siégeant soit à l'hypogastre, ou s'irradiant vers les régions voisines, soit sous forme continue ou névralgique, au point de déterminer des insomnies fâcheuses. Pour Ziembicki elle n'aurait d'autre cause que l'irritation péritonéale, contrairement aux douleurs de la

période d'état qui seraient déterminées par la compression.

Troubles menstruels. — Il n'est pas rare de voir ces douleurs présenter des exacerbations au moment des règles; ces troubles de la menstruation peuvent être de simples irrégularités ou une disparition totale, précédant de loin les premiers symptômes, ou de véritables métrorrhagies survenant d'emblée et succédant à une rétention menstruelle. En général menstruation normale; diminution du flux.

Deuxième période. — Ventre volumineux, dû soit à l'ascite abondante; le ventre prend l'aspect du ventre dit *dé batracien*. Si c'est la tumeur, l'œil perçoit une tuméfaction empiétant plus ou moins sur la ligne médiane, dont il peut suivre le déplacement imprimé par la palpation.

Palpation. — Il existe une ascite considérable ou non. Il est peut-être plus fréquent de rencontrer de l'ascite dans les kystes végétants, lorsque les végétations sont limitées à la surface du kyste, (Terrer, Quence, Duplay, Olshausen) et dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, mais presque constamment elle accompagne les tumeurs solides de l'ovaire. Ziemicki (Thèse de Paris 1875) a réuni 36 cas de tumeurs solides de l'ovaire, et a vu l'ascite ne manquer que 4 fois. Mais parmi les tumeurs qui le plus souvent donnent naissance à l'épanchement séreux intra-péritonéal il faut citer, par ordre de fréquence, les cysto-

sarcomes et les carcinomes, plus rarement les fibromes et les sarcomes : tel serait l'opinion de Gerhardt Léopold. Olshausen admet de même que l'ascite est exceptionnelle dans les fibromes de l'ovaire qui, le plus souvent passent inaperçus, et qu'elle est inconstante dans les sarcomes.

L'examen de nos observations, et celles recueillies nous montre que l'ascite est un symptôme presque constant du sarcome de l'ovaire, elle a été trouvée 25 fois par Ladouce.

En résumé l'existence d'une ascite simple à apparition et répétition rapides, généralement considérable, doit éveiller l'attention du chirurgien sur l'existence d'un sarcôme de l'ovaire, et dans un grand nombre de cas le diagnostic émis par la constatation de ce seul symptôme se trouvera justifié par la suite de l'examen clinique.

Percussion. — Sert à décélérer l'ascite dont l'importance est capitale, à déterminer les rapports de la tumeur, la situation des anses intestinales.

Auscultation. — Donnera des renseignements sur la vascularité de la tumeur, qui se traduisent par des bruits de souffle perceptibles sur divers points de l'abdomen déprimé par le stéthoscope. Outre ces souffles, des frémissements semblables à ceux des anévrysmes de l'aorte, et des bruits dûs aux battements de l'aorte et propagés jusqu'à l'oreille à travers la tumeur, signe qui pour Routh aurait une certaine

valeur dans l'appréciation de cette dernière et de son contenu. En cas de grossesse l'auscultation permettrait d'éviter une erreur préjudiciable de diagnostic.

Siège. — Plus ou moins latéral par rapport à l'utérus.

Toucher. — La tumeur mobile au début suivant la longueur du pédicule, peut dans la suite devenir adhérente lorsque le sarcome est parvenu à un certain degré de développement, par le toucher on trouve un col normal, une cavité cervicale béante, un utérus mobile et indépendant de la tumeur sarcomateuse ovarienn^e ; renseignements qui nous sont fournis par le cathétérisme utérin.

Consistance. — Généralement dure, très résistante au doigt, donnant la sensation d'un corps absolument solide, elle peut également présenter, les caractères propres aux collections liquides. L'œdème des parois, la grande vascularité de la tumeur, un tissu tremblotant peuvent donner le change au chirurgien. D'autrefois la main perçoit nettement et sans erreur possible, la présence de parties kystiques et les délimite même assez exactement. En revanche par suite de l'épaisseur considérable des parois ou des cloisons, un néoplasme même très riche en parties liquides, peut passer pour absolument massif. Enfin il peut arriver que les portions liquides puissent être étudiées par le palper abdominal, tandis que

des portions solides situées plus bas ne pourront être accessibles que par le palper vaginal.

Troubles fonctionnels. — Nous avons déjà insisté sur la douleur de la première période, et celles qui tourmentent la malade à une époque avancée, au début peut-être, du fait d'une irritation de la séreuse péritonéale, mais cette douleur prend un caractère particulier, au moment où la compression directe des plexus, doit être mise en cause. Ce sont alors de véritables névralgies, névralgies rebelles, atrocement pénibles qui arrachent des cris aux patients, les privent de sommeil, retentissent sur l'économie, peut être déjà profondément altéré. Ces crises douloureuses avec exaspération paroxystique se produisent surtout dans la nuit et s'accompagnent quelquefois de vomissements; le décubitus y entre peut-être, pour une certaine part. Mais la femme, peut éprouver de la pesanteur seulement vers les aînes, le pubis et les lombes, ou bien, et par suite du volume de la tumeur il en résulte une gêne considérable dans la marche ou la respiration.

Il peut enfin survenir :

1° OEdème, ascite.

2° Dyspnée, toux, palpitation.

3° Constipation, vomissements, obstruction, coliques.

4° Ténésme vésical, incontinence, rétention, urémie.

L'épithéliome ou carcinome de l'ovaire heureusement très rare, n'offre rien de caractéristique, dans ses symptômes au début. Le développement d'une ascite, le dépérissement général et la marche très rapide de la tumeur viennent affirmer son caractère malin et le différencier du fibrome ou du sarcome de l'ovaire.



CHAPITRE III

Marche. — Complication. — Généralisation

Le fibrome de l'ovaire par la bénignité de ses symptômes, son évolution lente en deux temps, le peu de troubles fonctionnels, mettant immédiatement la vie en danger, pourrait ne pas exiger d'intervention. Cependant toute tumeur solide de l'ovaire, aussi lente paraisse-t-elle dans son évolution, peut tout à coup prendre d'autres caractères et subir une transformation sarcomateuse, pouvant exister même dès le début, ou une dégénérescence par torsion du pédicule. Il y a donc avantage à opérer dès que la tumeur est découverte.

Le sarcome de l'ovaire, souvent bilatéral évolue également en deux temps : au début, tumeur peu appréciable ; les douleurs ou les troubles menstruels trahissent pendant des mois et des années le néoplasme latent. Dans la seconde phase, une tumeur facile à constater, un épanchement ascitique abondant, la malade maigrit, s'affaiblit, sans pour cela être cachectique.

Si la malade ne bénéficie pas de l'intervention

chirurgicale, et que la tumeur suit son cours, il peut survenir des complications terribles. Seize cas sont rapportés par Ladouce, dans lesquels la tumeur a évolué, dans un espace de temps variant entre trois et dix ans. « A quoi ont été en butte ces seize femmes :

Elles ont succombé, soit à la distension énorme de l'abdomen, du fait de la tumeur et de l'ascite, soit à l'affaiblissement progressif et à la fièvre hectique, soit aux œdèmes multiples et aux pleurésies simples et doubles qui compliquent si souvent les tumeurs de l'ovaire, soit aux généralisations sarcomateuses dans le péritoine, le foie, les poumons, soit à des phénomènes d'obstruction intestinale et de torsion du pédicule. »

En résumé, une seule planche de salut est offerte à la malade, atteinte de sarcome de l'ovaire : la laparotomie et l'extirpation de la tumeur ; dans le cas contraire, elle détermine une mort prochaine par épuisement ou généralisation.



CHAPITRE IV

Diagnostic

De toutes les tumeurs utérines, le fibrome est certainement celle qui pourrait le plus facilement être confondue avec une tumeur ovarienne, surtout si le fibrome utérin siègeait dans le corps de l'utérus avec un pédicule long, ou dans le col et bombant dans le cul-de-sac. Mais les symptômes sont un peu différents. Dans le fibrome ovarien, il n'y a pas d'écoulements muqueux, de douleurs expulsives, de métrorrhagies, une cavité normale, ce qui n'existe pas dans le fibrome utérin, où elle mesure 10 et même 20 centimètres. Quant au sarcome de l'utérus sa physionomie clinique se confond avec celle des fibromyomes et des cancers de l'utérus. Mais deux grands symptômes cliniques les accompagnent : une ascite abondante et l'absence presque complète d'hémorrhagies internes.

Parmi les tumeurs perçues nettement par le toucher dans les culs-de-sac vaginaux, la pelvi-péritonite, l'hématocèle et les tumeurs du ligament large sont celles qui prêtent le plus à erreur.

La pelvi-péritonite est le plus souvent une complication au cours d'affection péri-utérine, survenant d'emblée, elle est toujours accompagnée d'un cortège de symptômes effrayants : grand frisson, fièvre, facies grippé, hoquet, nausées, vomissements, ballonnements, douleur intense et superficielle du ventre.

Le début brusque de l'hématocèle est caractéristique ; mais dans le cas d'hématocèle à début lent, lorsque le doigt perçoit une tumeur au niveau des culs-de-sacs coïncidant avec une rétention menstruelle, aménorrhée avec dysménorrhée, la difficulté devient réelle.

L'état général des malades est encore une source de renseignements, la cachexie du sarcome de l'ovaire est une cachexie spéciale, plutôt un affaiblissement général, sans la coloration des téguments particuliers au cancer des différents organes.



CHAPITRE V

Pronostic

Pronostic favorable, si c'est un fibrome qui est une tumeur bénigne : mais qu'il est prudent d'extirper pour éviter les complications.

Quant au sarcome arrivé à la phase de tumeur appréciable, par sa marche et son développement rapide, il ne semble pas douteux, qu'il ne doive conduire facilement au tombeau, dans un espace de temps dépendant de la marche de la production néoplasique, de la vitalité du sujet, de sa résistance et de la variété de sarcome. Une ascite abondante et à répétition, des adhérences, des épanchements pleurétiques doubles, la bilatéralité du néoplasme, sa généralisation aux organes voisins, sont autant de conditions fâcheuses et défavorables.

Le traitement chirurgical aussitôt que le diagnostic est affirmé, est donc le seul espoir de la malade, de se soustraire aux complications prochaines.

CHAPITRE VI

Indications opératoires et traitement

Les phénomènes généraux, les troubles mécaniques causés par la tumeur ou l'ascite, son accroissement progressif, sont les facteurs principaux de l'indication opératoire.

« Nous relevons, dit Ladouce, 24 interventions chirurgicales suivies de 13 guérisons ; d'une récidive et de 2 améliorations imputables à la méthode d'extirpation par morcellement préconisée par Péan. Six fois la mort survint à brève échéance, du fait d'une complication indépendante de l'affection ; soit elle-même, telle que le tétanos, la péritonite suppurée, soit du fait de la récidive et d'une généralisation rapide de la tumeur. L'extirpation des sarcomes de l'ovaire par la laparotomie, a donc été suivie dans 54,5 % des cas de succès. » En présence de ce résultat l'indication opératoire est donc établie, sitôt que le diagnostic est confirmé, surtout si on se trouve au début, et que la tumeur soit mobile, faiblement adhérente aux organes voisins.

L'indication opératoire devient hésitante lorsque la tumeur, est enclavée dans le bassin par des adhé-

rences, qui la maintiennent avec les organes voisins, ou qu'il y a une généralisation au péritoine.

S'il s'agit d'un fibrome, il faut opérer dès qu'il donne lieu à des douleurs, car on n'est jamais certain de n'avoir pas affaire à un sarcome. Dans ce dernier cas, l'opération devra porter sur les deux ovaires, lorsqu'on aura le moindre soupçon de la présence, du tissu sarcomateux dans le second ; car dans 30 % des cas la bilatéralité du néoplasme existe.

Cependant n'enlever le second qu'après un examen minutieux, surtout chez une jeune femme.



OBSERVATIONS

Observation 1

Communication de M. le Dr Potherat. Hôpital de Bon Secours.

Observation recueillie par M. Leuret, interne.

Sarcôme de l'ovaire droit.

Madame F..., âgée de 26 ans, mécanicienne.

Entrée le 1^{er} octobre 1897.

Opérée le 13 octobre 1897.

Sortie le 5 novembre 1897.

La malade a été prise de douleur dans le ventre il y a deux ans, pendant cette période elle a eu de l'anurie, des maux de tête, des vomissements qui ont duré deux mois.

Les douleurs ont persisté sous forme de coliques intermittentes, pesanteur dans le ventre, constipation rebelle.

En octobre 1896, il s'est fait une brusque suppression des règles qui, d'ailleurs, n'ont pas reparu depuis. A partir de ce moment la malade s'est amaigrie rapidement de sorte qu'elle se présente à nous dans un état de déchéance complète. Par suite de cet amaigrissement considérable les

forces disparurent, et force fut à la malade de s'aliter, jusqu'au moment où elle vint à l'hôpital.

A son entrée on constate un ventre énorme et par la palpation, on trouve au milieu de l'ascite, nettement perçue par la sensation de flot, une tumeur mobile qu'on peut facilement déplacer, si bien qu'au premier abord, on croit avoir affaire à une affection bilatérale.

Au toucher on reconnaît l'existence d'une seule tumeur, située à droite, grosse, mobile, dure, indépendante de l'utérus qui est repoussé à gauche ; rien à gauche, diagnostic sarcome de l'ovaire.

Opération proposée et acceptée par le malade. Laparotomie médiane. Chloroforme difficile vu l'état de grande faiblesse ; à l'ouverture du péritoine abondant écoulement de liquide ascitique, légèrement teinté en rouge. On pince la tumeur qui se déchire et saigne abondamment. En face de ce danger, la tumeur est rapidement sortie du ventre, le pédicule ligaturé et suturé, réunion par première intention du plan musculo-aponévrotique.

Pansement.

Amélioration rapide de la malade, suites opératoires excellentes, elle sort guérie le 5 novembre.

Observation 2

Communication du Dr Potherat

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours

Observation recueillie par M. Leuret, interne.

Madame B..., cuisinière, 42 ans.

Entrée le 9 décembre 1896, opérée le 11 du même mois, sortie le 20 février.

La malade se présente avec une volumineuse tumeur qui occupe tout le flanc gauche et empiète sur la ligne médiane ; au palper elle offre tous les caractères d'une tumeur bosselée dure, avec, par places, une sensation de ramollissement et de fluctuation. Il est de plus facile de reconnaître qu'il existe un épanchement ascitique assez considérable dans lequel baigne toute la masse. Par le toucher vaginal, on trouve la tumeur énorme dans le cul-de-sac gauche et présentant une consistance plutôt fluctuante, utérus petit et peu mobile.

La malade souffre atrocement le jour et la nuit, la douleur s'irradie dans tout le ventre, mais particulièrement à gauche du côté de la tumeur, de plus le ventre grossit rapidement et la malade s'amaigrit.

Les règles sont régulières mais ont diminué en quantité et en durée. Dans l'intervalle peu de pertes blanches.

M. le Dr Potherat après examen de la malade conclut à une tumeur fibro-kystique de l'ovaire gauche.

L'opération est décidée. Laparotomie médiane à l'ouverture du péritoine ; il s'échappe du ventre un flot de liquide sanguinolent, c'est l'ascite colorée par le sang, qui s'échappe de la tumeur très vasculaire. On essaie d'étancher le sang, mais devant la difficulté et l'impossibilité de faire l'hémostase, on extraie rapidement la tumeur très friable qui vient en bouillie. La plus grande partie étant enlevée, l'hémorrhagie s'arrête un peu, l'opération est rapidement terminée et le Dr Potherat fait un drainage de Mickulicz.

Suites opératoires assez bonnes, la malade très affaiblie se remonte un peu, puis elle quitte l'hôpital porteur d'une fistule de la paroi abdominale ; la plaie ne s'étant refermée qu'incomplètement à sa sortie, on constate une récurrence de la tumeur sur place, d'un volume plus considérable qu'à son entrée, avec ascite et œdème des jambes.

Observation 3

Communication du Dr Potherat, Hôpital N.-D. de Bon Secours

Observation recueillie par M. Leuret, interne.

Madame B..., 40 ans, 4, cité de la Roquette, Paris.

Entrée le 17 mai 1897.

Sortie le 24 juin 1897.

La malade se présente à l'hôpital avec une volumineuse tumeur abdominale. Au palper, on sent une tumeur dure,

bosselée, mobile qui par le toucher offre tous les caractères d'un fibrome utérin.

Opération. — Laparotomie, incision médiane après ouverture du péritoine écoulement d'un peu de liquide ascitique. On arrive sur la tumeur, qu'on trouve nettement séparée et indépendante de l'utérus. Le pédicule très large de cette tumeur est lié par plusieurs fils enchevêtrés, puis on fait l'ablation de la masse fibreuse, on touche la section du pédicule au thermo-cautère, suture de la paroi abdominale, réunion par première intention.

Suites opératoires excellentes, la malade guérit promptement, sans aucune complication.

A l'examen de la tumeur, on reconnaît avoir affaire à un fibrome de l'ovaire, ayant conservé ses caractères primitifs. La section de la masse fibreuse offrait dans l'intérieur plusieurs points à tendance sarcomateuse.

L'examen de l'utérus et de l'ovaire restés avaient été reconnus sains, au cours de l'opération.

Observation 4

Communication Dr Picqué. Thèse de Bourgoïn.

Fibrome de l'ovaire. — Laparotomie. — Guérison

Madame C..., 37 ans, m'est adressée par le Dr Schoull de Troyes, pour une volumineuse tumeur abdominale, elle est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, n° 10, le 25 septembre 1890, dans le service de M. Perrier.

La malade a toujours joui d'une bonne santé. Il y a cinq ans, son ventre a commencé à augmenter de volume sans altération de la santé générale, les règles persistaient; un an après le début la malade ressentit dans les reins, quelques douleurs qui durèrent peu, et ne reparurent plus. Depuis, l'évolution de la tumeur est restée constamment indolente.

Il y a deux ans, la ménopause est survenue brusquement sans incident.

La tumeur depuis un an a pris un développement rapide; la santé générale est restée excellente. A son entrée à l'hôpital nous trouvons la malade dans la situation suivante.

Au point de vue général, il n'y a rien de spécial à noter, ni amaigrissement, ni troubles dyspeptiques, le ventre est volumineux et paraît surtout développé à droite.

A la palpation on trouve à droite une grosse tumeur du volume d'une tête d'adulte, de consistance très dure, à surface irrégulière, bosselée.

C'est une tumeur surtout abdominale très mobile dans tous les sens, non accessible par les culs-de-sac, semblant n'avoir avec l'utérus aucun rapport de contiguité. Il n'existe aucun trouble fonctionnel, mais la tumeur ayant très nettement augmenté de volume et gênant la malade par son poids une intervention est proposée et acceptée par elle.

La laparotomie est pratiquée le 30 septembre, selon les règles ordinaires.

M. Picqué découvre une tumeur abdominale et mobile qui tient à la corne utérine par un pédicule mince dont l'extirpation fut d'une grande facilité. L'ovaire de ce côté n'est pas retrouvé et l'on pense à une tumeur fibreuse de l'ovaire,

son poids est de 4.800 gr. A la coupe la tumeur présente un aspect blanc nacré, il n'existe aucun kyste.

L'examen histologique n'a pas été fait, suites de l'opération très simples, la malade est sortie guérie le 19 octobre.

Malade revue en février 1894, guérison maintenue.

Observation 5

Observation du Dr Perrier, communication du Dr Picqué
Thèse Bourgoin, page 45.

Eugénie C..., jardinière, entrée le 25 juin 1891, salle Gosselin, n° 1 bis.

Réglée à 15 ans, menstruations régulières, jamais de maladie, santé excellente, mariée à 28 ans, jamais eu d'enfant, ni fausse couche.

Août 1890, début de la maladie actuelle.

La malade est prise de violentes douleurs hypogastriques qui persistent pendant quelques jours puis disparaissent : en même temps elle s'aperçoit que son ventre a grossi. Pendant cinq mois elle ne consulta pas, elle souffrait à peine, mais l'abdomen continuait à augmenter de volume, la menstruation, les règles étaient d'une abondance excessive et duraient plusieurs jours, mais jamais de métrorrhagie dans l'intervalle des époques. Cinq mois après le début des accidents, elle consulta le docteur Grenet à Joigny, il crut qu'elle était enceinte. Quatre mois plus tard, elle

s'adressa à un autre médecin, M. Leriche qui lui trouva un fibrome et l'engagea à aller à Paris se faire opérer.

Examen à l'entrée.

La malade ne souffre pas lorsqu'elle est couchée, mais elle ressent des douleurs assez vives, toutes les fois qu'elle veut marcher, s'occuper; elle est obligée de garder un repos absolu.

Elle a beaucoup maigri depuis un an, mais les forces sont relativement bonnes, tube digestif normal, faciès bon.

Menstruation régulière, mais un peu exagérée, moins cependant que dans les trois ou quatre premiers mois.

Pas de vomissements.

Abdomen volumineux, saillant en avant, les flancs sont effacés, sonores. A la palpation vaste tumeur unie, dure, très dure, matité absolue à la percussion. Au premier examen on pense à un kyste de l'ovaire, mais la consistance de la tumeur, l'absence de fluctuation bien franche, l'absence de sensation de flot, éveillent des doutes. Néanmoins M. Perier porte le diagnostic de kyste multiloculaire de l'ovaire.

Toucher vaginal, axe utérin normal, culs-de-sac intacts, pas de métrite, palpation bimanuelle; la tumeur paraît être indépendante de l'utérus, légère fréquence de la miction.

La malade affirme n'avoir jamais eu de métrorrhagie dans l'intervalle des règles.

Opération 1^{er} juillet 1891, pratiquée par M. Perrier, assisté de MM. Berger et Picqué.

Laparotomie médiane.

Parois très vasculaires, saignent abondamment. On

arrive sur la tumeur qui est recouverte en avant et sur les côtés par le grand épiploon, lui-même très vasculaire, et adhère fortement au néoplasme en trois points, on dirait des pédicules.

Hémostase très difficile, la malade perd beaucoup de sang.

L'épiploon détaché, la tumeur apparaît avec une surface irrégulière, bosselée, jaunâtre, consistance fibreuse.

Ligature et ablation.

Après l'extirpation, les parois abdominales saignent abondamment. Hémostase longue et difficile.

Surjet du plan musculo-aponévrotique.

Réunion de la peau, aux crins.

L'autre ovaire est laissé en place.

L'examen de la tumeur fait reconnaître un fibromyome pur de l'ovaire.

Le 31 juillet. La malade se porte très bien, pas de douleur, appétit et sommeil bons.

Observation 6

Communication du Docteur Mundé. Ann. J. Obst. N. Y. 1889
Vol. IX, page 282.

Gros fibrôme de l'ovaire.

Le docteur Mundé s'explique ainsi :

Jusqu'à présent, sur à peu près cent cas de tumeurs ou malformations de toutes sortes, je n'en ai vu que deux analogues à celui-ci.

Il y a plusieurs mois, une jeune dame de la Nouvelle-Orléans me fut envoyée; elle portait une tumeur au sujet de laquelle son médecin était perplexe. Cette tumeur était de la taille d'une noix de coco, franchement mobile, très dure, très sensible à la palpation.

Suivant l'exposé de son médecin, cette tumeur était arrivée à l'état actuel en un an et demi. Quand elle s'en aperçut la première fois, son volume était celui d'un petit œuf; en six semaines, elle dépassa en volume un gros œuf et lorsque je la vis, c'était une grosse noix de coco. Je pensai que c'était peut-être un fibrome utérin pédiculé et sous-péritonéal, ou bien chose beaucoup plus rare, un fibrome de l'ovaire.

La malade était âgée de 26 ans, avait des ménorrhagies et était tout à fait anémique. Je curetai l'utérus, avec le favorable résultat ordinaire dans les ménorrhagies et alors la tins en observation quelque temps et fis quelques applications de galvanisme sur la tumeur. Un électrode placé dans l'utérus et l'autre sur l'abdomen pour atténuer ses douleurs. Une autre intervention fut rapidement employée. La tumeur continuant à croître, je procédais à la laparotomie, il y a une semaine.

La tumeur était un fibrome de l'ovaire droit pesant 773 gr., elle tenait par quelques adhérences, très extensibles à l'épiploon.

En un point de la tumeur on pouvait voir l'ovaire et la portion de cet organe où elle avait pris naissance.

Le rétablissement de la malade progresse sans interruption.

Sur 100 cas de laparotomie, Spencer Wells n'a vu que deux cas de fibromes de l'ovaire.

D^r H. C. Cœ. — Je voudrais demander si ce fibrome était entièrement séparé ou en connexion avec l'utérus.

D^r Mundé. — Il était entièrement séparé. Je puis mentionner que la dame étant fiancée et que ayant examiné l'autre ovaire et ayant dans cet examen crevé un kyste de la grosseur d'une noix, ne voulant pas lui enlever la possibilité d'être mère, je n'enlevai pas l'organe, mais suturai les parois du kyste au catgut, remettant ainsi l'organe autant que possible dans les conditions normales. Le pédicule de cette tumeur n'était pas plus gros que mon pouce et la cavité utérine nullement agrandie.

D^r Cœ. — C'est un cas rare : ces tumeurs m'ont fort intéressé ; et je pense qu'il n'y en a pas plus de 30 ou 40 cas rapportés. Dans tous ceux que j'ai vus, environ une demi-douzaine, l'ovaire était uniformément hypertrophié, tandis que celui-ci semble avoir crû aux dépens d'un seul point de l'ovaire et est en solide connexion avec l'écorce de cet organe ; les fibro-kystes de l'ovaire, et c'en est évidemment un, sont plus rares que les fibromes ; le seul que j'ai vu est un fibro-kyste que le docteur Thomas a enlevé à l'hôpital des femmes, la cavité contenait son quart de litre.

D^r Mundé. — Gusserow rapporte un cas semblable à celui-ci, où la tumeur prend naissance d'une seule portion de l'ovaire.

D^r A. M. Jacobus. — J'ai eu un cas de fibro-kyste, la tumeur semble en général englober tout l'ovaire. J'avais fait le diagnostic de gros fibro-kyste de l'utérus. La malade avait été mariée plusieurs années et jamais enceinte, elle

souffrait de ménorrhagies, la cavité utérine mesurait 4 pouces. La masse remplissait le petit bassin. En opérant nous fûmes surpris de trouver une tumeur de l'ovaire.

D^r R.-G. Talbot. — La première laparotomie que je vis à l'hôpital des femmes était un cas analogue à celui du D^r Mundé ; la tumeur était oblongue, plus grosse que celle qu'il a présentée. La masse fibreuse prenait naissance dans l'ovaire et pesait 3 ou 4 livres.

Observation 7

D^r Martin. Lying-in Hosp. Melbourne
(Obstétrical Transactions, vol. XII)

Tumeur fibreuse de l'ovaire. Ovariectomie. Guérison.

En avril 1869, je fus appelé à soigner une jeune fille de 23 ans pour une pleurésie avec épanchement. Pendant que je la traitais pour cette maladie, je remarquai que son ventre avait un volume anormal, et j'appris d'elle qu'elle n'avait pas été réglée depuis plusieurs mois. Cette cessation des règles avait été brusque et absolue. La malade, tout en lui attribuant d'ailleurs l'augmentation de son ventre, ne s'en était pas occupée, espérant qu'avec le temps cet état de choses cesserait.

Lorsqu'elle fut guérie de sa pleurésie, j'examinai son ventre et alors je découvris une tumeur grosse, dure, irrégulière, emplissant presque toute la moitié inférieure de

l'abdomen et s'étendant surtout du côté droit légèrement mobile.

Au toucher signe de la virginité, utérus petit situé très haut ; tumeur à peine perceptible en avant de l'utérus.

Après deux mois de traitement au bromure de potassium, j'examinai de nouveau la malade, et je trouvai la tumeur considérablement augmentée de volume et changée dans sa forme. L'état général était moins bon, la menstruation toujours absente.

Le 8 juillet 1869, cette malade est admise au Lying in hospital. Après une consultation avec mes collègues de l'hôpital, il est décidé que, la tumeur étant entièrement solide, à peine mobile, liée intimement à l'utérus si même elle n'en fait pas partie, il n'y a pas lieu d'intervenir par une opération.

Cependant la malade est suivie avec soin et examinée de temps en temps pendant une période de trois mois. A chaque examen on trouve la tumeur augmentée de volume, plus libre dans l'abdomen, plus indépendante de l'utérus. Au dernier examen on reconnaît la présence du liquide ascitique, l'état général devenant du reste de plus en plus mauvais.

En réunissant cet état de choses avec l'absence de menstruation on conclut que la tumeur dépend non de l'utérus mais de l'ovaire. Après une nouvelle consultation avec mes collègues, il est résolu que quoique la nature solide de la tumeur, les incisions profondes qu'elle nécessitera, les adhérences probables qu'on rencontrera rendent la guérison fort problématique, l'opération est cependant justiciable.

Le 16 novembre 1869. Ovariectomie, grande quantité de liquide ascitique. Pas d'adhérences. Grosse tumeur ova-

rienne. Pédicule épais, étroit, long de 2 pouces, poids 8 livres.

La guérison quoique retardée par douleurs rhumatismales dans les muscles du cou, de la poitrine et du bras se fait progressivement. La malade sort de l'hôpital le 24 janvier en très bon état.

Depuis j'ai appris que sa santé est excellente. Elle a vu la menstruation reparaître, et elle va se marier.

Observation 8

Spencer Wells Diseases of the ovaries. Londres 1872.

Tumeur fibreuse, grossesse, ovariectomie, guérison.

X..., mariée 29 ans, un enfant, maigre, bien portante, bien réglée. Depuis trois mois les règles ont cessé; depuis un an la malade a remarqué que son ventre augmentait de volume et a ressenti de la douleur dans le côté droit.

Examen. — L'abdomen est très tendu, le côté droit est douloureux à la pression. La fluctuation est nette.

Percussion. — Le son est clair en haut et change avec la position. A la région lombaire le son est mat quand la malade est sur le dos, et clair quand elle est sur le côté.

Toucher. — L'utérus est dans sa position normale, le col est mobile et mou.

L'urine est claire, acide, non albumineuse, l'état général n'est pas mauvais.

Il y a un an, lorsque la malade remarqua l'augmentation

de volume du ventre, elle l'attribue à une grossesse, mais elle fut détrompée par le retour de ses règles ; de plus au huitième mois, la tumeur n'était pas plus grosse qu'au troisième.

Dans le courant du mois dernier, l'augmentation de volume a été plus rapide, et bien qu'on ait découvert une grossesse au quatrième mois, la tension du ventre était telle, lorsqu'elle fut reçue au Samaritain-Hospital qu'il fut nécessaire de faire une ponction, qui donna plusieurs litres de liquide.

Après la ponction, on put sentir dans la région iliaque droite, une petite tumeur dure, mobile que je supposai être la partie solide d'une tumeur multiloculaire qui s'était rompue. Le volume de l'utérus, le ramollissement du col et l'absence des règles rendaient la grossesse presque certaine.

Le 16 mars, ovariectomie ; plusieurs litres de liquide jaune clair. Utérus volumineux. A droite et au-dessus de lui, tumeur dure séparée de la trompe droite par le ligament large. Le cinquième jour la plaie était fermée, et les points de suture enlevés.

Le 27 mai. — La malade après un travail rapide accouche d'un enfant peu volumineux. Par la suite la santé devient excellente.

La tumeur était constituée par une masse presque solide de tissu fibreux blanc, infiltré par places d'un liquide épais transparent, qui s'était collecté par place dans des aréoles distendues.

Mais vers la partie supérieure, il y avait une grande cavité irrégulière divisée par des cloisons incomplètes

tapissée d'une membrane unie, et presque remplie par un caillot sanguin en partie organisé.

Pédicule long d'un pouce et demi, formé par le péritoine, renfermant quelques vaisseaux, et du tissu aréolaire. La tumeur mesurait 6 pouces et demi de son plus grand diamètre, et 3 pouces et demi de son plus petit.

Observation 9

Marzolo Gazetta medica Veneta N° 42, 1872.

Fibro-sarcôme de l'ovaire. — Opération. — Guérison.

Giovanna C..., âgée de 24 ans, réglée à 16, mère à 17, vit ses époques manquer, quatre mois après ses couches et ne plus reparaître pendant 2 ans. Des douleurs se manifestèrent dans la région inguinale droite et dans les lombes, et bientôt après, c'est-à-dire en novembre 1869, apparut une tumeur.

Celle-ci occupe toute la région inférieure de l'abdomen et il est facile de la faire mouvoir librement. Sa consistance est dure, sa forme sphérique et bosselée ; elle est sensible à la pression. L'utérus normal au toucher semble tout à fait indépendant de la tumeur.

Le ventre mesure 80 centimètres de circonférence.

L'état général est médiocre, la femme paraît vieillie, dépérie.

Sur la demande expresse de la malade, lasse de souff-

frir, l'ovariotomie est pratiquée le 9 mai 1869, six mois après l'apparition du néoplasme.

Incision de 19 cent. Ecoulement de liquide ascitique. Quelques adhérences légères aux parois et péritoine. Ponction de la tumeur. Issue d'un peu de sang et de sérosité.

Le volume reste irréductible.

Pédicule large de 0,07 centim. constitué par le ligament large droit et une partie du ligament gauche. Clamp. Durée: trois quarts d'heure. La tumeur pesait 1447 grammes, ses dimensions étaient les suivantes 19 centim. de longueur, 17 centim. de largeur, 9 centim. d'épaisseur. Le microscope démontra qu'on avait affaire à un fibro sarcome.

Guérison complète six semaines après.

Observation 10

Budin interne des Hôpitaux. Société Anatomique du
5 novembre 1875. Résumé.

Tumeur solide de l'ovaire. Ascite. Mort.

Clarisse H..., âgée de 44 ans, entre à la Maternité le 9 août 1875. Cette enfant avait vu le mois de janvier de la même année son ventre augmenter considérablement de volume.

Réglée depuis l'âge de 12 ans, elle continua à l'être régulièrement jusqu'au mois d'avril, seulement l'écoulement sanguin durait plus longtemps, pendant dix ou quinze jours.

Au moment de la suspension des règles, la mère crai-

gnant une grossesse, amena la petite fille à la Maternité où, malgré ses dénégations, une des sage-femmes conclut à l'état gravide.

Le 20 août, on constata un œdème de la jambe gauche, le ventre était volumineux, mais irrégulièrement développé, et le palper ne donnait pas la sensation d'un utérus, renfermant un produit de conception ; du reste l'abdomen était déjà augmenté de volume en janvier, et c'est seulement en mai que les règles avaient cessé de paraître. Point de vomissement, point de gonflement de seins, nul développement des tubercules de Montgomery. Le col était petit, dur, conique, véritable col de nullipare.

On constatait dans le ventre une ascite considérable ; au milieu du liquide flottait une masse solide, qu'on pouvait déplacer plus facilement vers le gauche, mais qui se laissait refouler aussi vers la fosse iliaque droite. Cette masse était arrondie, mais présentait à sa surface des saillies lobulées irrégulières. Au milieu de l'ombilic, l'abdomen mesurait quelques centimètres de circonférence ; à l'auscultation on n'entendait ni souffle, ni bruit de cœur du fœtus.

L'œdème du membre inférieur gauche semblait dû à des phénomènes de compression ; car il n'existait ni fièvre, ni douleur localisée, comme cela se voit d'habitude dans la phlébite ou la phlegmatia alba dolens ; du reste cet œdème augmentait ou diminuait à certains jours. L'état général était médiocre, l'enfant très pâle et très anémique.

Le ventre continua à se développer rapidement. Le 27 août, 102 centimètres au niveau de l'ombilic ; dyspnée et toux ; on croit à un épanchement pleurétique. Quelques épistaxis. Température axillaire : 38° maximum.

Les diagnostics furent partagés entre une périclonite tuberculeuse ou cancéreuse, et une tumeur solide de l'ovaire déterminant l'ascite. A partir du 5 septembre, l'ascite commença à diminuer ; on ne trouva bientôt que 95 centimètres de circonférence. En même temps apparurent de l'insomnie, des coliques, des vomissements, des douleurs violentes ; l'ascite augmenta et le 20 septembre, on fit une ponction.

Il sortit dix litres d'un liquide rouge brunâtre, sangui-nolent, mais l'amélioration ne fut que très passagère, et dès le lendemain, le ventre mesurait de nouveau 93 centimètres ; l'œdème de la jambe gauche redevint énorme et la malade mourut dans le marasme du 29 au 30 septembre.

A l'autopsie on trouva une tumeur volumineuse plus grosse qu'une tête d'adulte, constituée par l'ovaire gauche ; l'utérus normal nullipare mesure 5 centimètres de cavité. L'ovaire, la trompe et le ligament droit sont sains.

La trompe droite s'applique sur la tumeur qui, dans son ensemble, présente une forme arrondie, un peu ovoïde et mamelonnée. A la section on trouve un tissu blanchâtre, vasculaire creusé de deux ou trois poches du volume du poing, remplies de détritüs et de liquide. Des cloisons très épaisses limitent un nombre considérable d'alvéoles baignées par du liquide muqueux et filant. Le long des vaisseaux iliaques gauches, on rencontre quatre ou cinq ganglions pelviens, du volume d'une petite aveline.

Tous les autres organes sont sains.

Observation 11

Stilling Deutsche Klinik, 1868 N° 20.

Sarcôme de l'ovaire droit. Ovariectomie. Tétanos. Mort.

M^{me} D..., 36 ans, 5 enfants, douleurs dans l'hypogastre, suivies de l'apparition d'une tumeur mobile, ayant grossi dans l'espace de neuf mois, au point de gêner la respiration et la marche.

Une ponction devenue nécessaire donne issue à quelques litres de sérosité jaunâtre et permet de mieux apprécier les caractères de la tumeur. Celle-ci est dure, se laisse déplacer facilement et paraît du volume d'une tête d'enfant. L'abdomen contient du liquide ascitique et mesure bientôt 105 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic ; côl normal, utérus petit, mobile indépendamment de la tumeur, laquelle n'est pas accessible par le vagin.

L'examen par le rectum donne le même résultat. Enfin l'hysteromètre dénote une cavité de 6 cent. 1/2 et la sonde, une fois introduite, reste immobile pendant qu'on déplace la tumeur à travers les parois du ventre. Il est donc évident que l'utérus et le néoplasme n'ont aucune connexion directe.

L'état général moins bon depuis un certain temps est cependant assez satisfaisant ; les forces persistent ; les fonctions et principalement les menstrues sont régulières.

Ajoutons qu'un parent était mort d'un cancer des lèvres.

Le diagnostic posé fut celui d'une tumeur probablement maligne de l'ovaire ; à cause des antécédents de famille, et de la reproduction rapide de l'ascite. On fit néanmoins l'opération car on courait ainsi les chances d'une erreur de diagnostic, et parce que c'était le seul moyen de conjurer une issue fatale.

Vu les dimensions de la tumeur, on dut prolonger l'incision bien haut.

Point d'adhérences, pédicule constitué par l'extrémité de la tumeur, ayant le diamètre d'un doigt.

Tube en verre dans le petit bassin.

Durée une 1/2 heure.

Très bon état pendant six jours, puis tétanos ; mort le huitième jour.

Autopsie. — Fibro-sarcome droit, ovaire gauche, utérus, organes normaux.

Observation 12

Fibro-sarcome de l'ovaire droit

(Ziembicki Soc. An. 1874)

Une femme. 22 ans, nullipare, sans antécédent héréditaire, entre à la Pitié en août 1874 pour tumeur abdominale. Le début de l'affection paraît remonter à 2 ans, des névralgies se déclarèrent, et vers le mois de janvier 1874, l'œdème envahit le membre inférieur.

Actuellement le ventre est considérablement développé

des veines très apparentes en sillonnent les parois, ascite abondante : constipation rebelle, pas de vomissement, amaigrissement considérable. Une première ponction est faite le 24 août, 12 litres de liquide.

Aussitôt l'œdème pelvien diminue considérablement ; les grandes lèvres se dégonflent et le lendemain il est permis de faire un examen sérieux.

Au palper on constate une tumeur dure irrégulière, bosselée, volumineuse, occupant l'hypogastre. Elle semble plonger dans la cavité pelvienne et on la déplace facilement dans le sens transversal. Un doigt introduit dans le vagin constate le déplacement simultané du col. Les mouvements communiqués à la tumeur de haut en bas, se transmettent également au col utérin, en un mot la tumeur et l'utérus semblent être en rapport intime. L'état de la malade n'a pas permis de faire l'examen avec l'hysteromètre.

Le diagnostic est incertain. On pense à des corps fibreux, sous-péritonéaux, avec tendance à la pédiculisation ; d'autres soupçonnèrent une affection organique, ayant pour siège l'épiploon ou ganglions mésentériques.

Une deuxième parenthèse devient nécessaire. A partir de ce moment la maladie marche rapidement ; survient la cachexie et huit jours après la malade succombe dans le marasme.

Autopsie. — Tumeur solide, développée aux dépens de l'ovaire droit. L'examen microscopique fait par Malassez montre que l'on est en présence d'un fibro-sarcome de l'ovaire, avec prédominance d'éléments fibreux. Quelques adhérences de la tumeur avec production kystique.

Observation 13

Sarcome de l'ovaire. Ascite de l'ovaire

M^{me} St..., 27 ans, voit des troubles menstruels, retards, coïncider avec la production d'une tumeur abdominale qui s'accroît rapidement et qui au bout de un an était dure, de contour sphérique et du volume d'un utérus gravide de 7 mois. La tumeur occupait la partie droite, plus que la gauche elle présentait la consistance d'un fibrome, et une grande mobilité latérale. La plus grande circonférence du ventre était au-dessous de l'ombilic de 87 cent. 5. La distance de la symphyse à l'ombilic était de 18 cent. La base de la tumeur était de 11 cent. au-dessus de l'ombilic. On pouvait constater en outre une petite quantité d'ascite.

La malade avait une hernie ombilicale, qui n'était pas complètement réductible. Par le vagin on pouvait atteindre difficilement la tumeur; la cavité du bassin était libre. L'utérus un peu en rétroversion. Les mouvements de latéralité imposés à la tumeur ne se communiquaient pas à l'utérus. On fit la laparotomie le 16 mai 1870. Le liquide ascitique s'écoula abondamment. Peu d'adhérence excepté à la partie supérieure de la tumeur avec l'épiploon. Le pédicule est de longueur moyenne. L'autre ovaire, le gauche, qui avait un volume quatre fois plus grand qu'à l'état normal, présentait une dégénérescence kystique, fut également enlevé en laissant la trompe. Il n'y avait qu'un seul kyste,

Après l'opération il y eut un peu de fièvre, qui dura, avec des oscillations, pendant 5 semaines environ. 7 semaines après l'opération la malade guérit et 6 mois après elle donna de ses nouvelles, en disant qu'elle se portait bien.

La tumeur était presque complètement solide, elle ne présentait à la loupe que 2 kystes du volume d'une petite pomme. Les kystes qui étaient sans aucun doute des kystes de ramollissement. La partie postérieure de la tumeur était aplatie, le pédicule avait la même conformation que celui des kystes de l'ovaire.

L'examen microscopique démontre qu'elle avait la structure d'un sarcome à cellules fusiformes, avec quelques cellules rondes.

Observation 14

Cysto-sarcome de l'ovaire droit.

Péan. Clinique chirurg. 1879.

Femme 28 ans (1877), pâle, constitution faible, mariée depuis 10 mois, pas d'enfant, début 7 mois, 4 ponctions, liquide café au lait, adhérence pariétale généralisée, en haut une adhérence très étendue avec le grand épiploon. La ponction de la tumeur reste à peu près sans résultat, 2 litres de liquide café au lait. Il fallut extraire la tumeur en ne s'aidant que des mains, tant elle était friable. Elle venait de l'ovaire droit et était bien enkystée; 4 ligatures perdues sur des adhérences saignantes. En raison de l'état éraillé du péritoine, un tube de verre est placé dans le fond du bassin. La coupe de la tumeur est presque entièrement solide et

rappelle complètement le sarcome du testicule, au microscope même altération.

Morte 6^e jour, péritonite.

On fit l'extirpation de la tumeur le 26 mai 1876, 2 litres de liquide ascitique clair.

La tumeur présentait quelques kystes et par l'ouverture d'un de ces kystes on obtint un liquide trouble. La tumeur n'adhérait pas aux organes voisins. Le pédicule était court, épais et siégeait dans la région gauche de l'utérus ; on laisse couler le reste du liquide ascitique par le drainage vaginal que l'on maintint. Au bout de 15 jours la malade n'a plus de fièvre. Le drain vaginal avait été enlevé le 9^e jour.

Un an après l'opération la malade annonça qu'elle se portait bien.

La tumeur a comme dimension : 17 cent., 15 cent. et 9 cent. ; elle est demi-sphérique avec une surface lisse ; la partie du pédicule que l'on a sectionnée a 3 ou 4 cent. de diamètre. Elle présente deux kystes d'une valeur d'une pomme, l'un de ces kystes siège un peu au-dessous de la surface de la tumeur. La paroi interne d'un de ces kystes est rugueuse, son contour est formé d'une masse poisseuse d'une couleur rouge brun ; la paroi interne de l'autre kyste est lisse, son contenu est formé d'un liquide limpide de couleur d'ambre. Il n'y avait pas d'épithélium sur la paroi interne d'aucun de ces kystes. A la loupe la tumeur se présentait comme très dure et cria sous le scalpel. Au point de vue microscopique on put distinguer des parties plus dures et d'autres plus molles. Les parties les plus dures entourant les autres comme un réseau. Au point de vue microscopique la tumeur était formée de longues cellules fusiformes traversées par des fibres de tissu conjonctif.

Observation 15

Sarcome encéphaloïde de l'ovaire droit.

(Assaky)

Thér. . . , 22 ans, est amenée le 20 septembre 1879 à la Pitié, salle St-Jean.

Père scrofuleux, syphilitique.

Grand'mère, du côté maternel, morte d'un cancer au sein. A l'âge de 3 mois éruption cutanée, probablement spécifique. Il y a huit mois son ventre commence à grossir, il se développe progressivement.

21 Septembre. — La malade est amaigrie et pâle, l'amaigrissement de la face est particulièrement marqué, la décoloration des téguments n'a rien de commun avec la teinte jaune paille. Le ventre est volumineux, mais inégalement développé plus saillant à droite. Les parois tendues légèrement œdématisées, sont parcourues de veines dilatées, paraissant en rapport avec une circulation dérivative très active. A gauche un peu au-dessous de l'ombilic, on trouve un bouton conique de consistance molle, au niveau duquel, la peau n'a pas changé de couleur. Au palper on sent à droite une grosse tumeur non adhérente à la peau, occupant toute la fosse iliaque, le flanc et remontant dans l'hypochondre. On sent que cette tumeur est constituée par plusieurs lobes dont l'inférieur est le plus volumineux. La percussion fait voir que cette zone de matité qui commence en bas à l'arcade de Fallope et se continue en haut avec celle du foie, arrive latéralement à l'épigastre jusqu'à la ligne blanche. Elle n'est

aucunement déplacée par le décubitus. Chaque fois qu'on recherche le flot, on a la sensation très nette, l'utérus est immobilisé à droite et paraît faire corps avec cette tumeur ; abdomén distendu, pas d'ascite, épanchement pleural considérable à droite, et un peu de liquide à gauche. La malade meurt le 30 septembre dans un état de marasme des plus prononcés.

Autopsie. — L'ovaire droit est remplacé par une tumeur volumineuse qui occupe la fosse iliaque et descend dans le petit bassin. Cette tumeur est recouverte d'une capsule fibreuse, sur les parois de laquelle vient se perdre la trompe. L'ovaire du côté opposé est normal. L'utérus est composé comme chez les multipares. Au-dessus de la tumeur ovarique se trouve étagées deux autres tumeurs, plus petites atteignant les dimensions d'une tête de fœtus et arrivant au-dessous du foie. Tout le grand épiploon est fait de petites masses néoplasiques irrégulières, plus ou moins ramollies.

Diverses incisions faites à travers la tumeur ovarique ne dénotent nulle part la présence de kyste. La coupe d'un gris rose est parsemée de points rouges de différentes dimensions, qui laissent sourdre par la pression de petites gouttelettes de sang. Le râclage donne un suc laiteux. Au microscope, on voit que le néoplasme est essentiellement constitué de cellules accolées les unes aux autres ; de place en place on trouve des coupes de vaisseaux à parois embryonnaires sans gaine conjonctive.

Les cellules arrondies granuleuses, toutes à peu près du même volume, sont munies d'un gros noyau souvent caché par les granulations graisseuses qu'elles contiennent.

L'acide acétique le dessine nettement en même temps,

qu'il gonfle la cellule, et lui donne une forme parfaitement ronde ; les autres tumeurs ont une structure analogue.

Observation 16

Sarcome kystique de l'ovaire gauche. — Mort par asphyxie. — Autopsie. — Broncho-pneumonie double. — Néphrite interstitielle.

V... (Louise), trente-quatre ans, brocheuse, entre le 20 juin 1883, salle Demonvilliers, n° 39, avec une dyspnée qui l'empêche de parler, elle ne répond que par monosyllabes et le seul renseignement qu'elle donne, est qu'elle a été ponctionnée, il y a quelques jours en ville. Faciès injecté et maculé de taches de purpura qui occupent aussi le cou et les épaules. Respiration anxieuse et saccadée. Ventre extrêmement distendu, fluctuant, mais le liquide ne se déplace pas, par les changements de position. A droite dans le flanc, on voit une trace de ponction faite par un trocart.

Au toucher vaginal, col normal, utérus presque immobile dans le cul-de-sac postérieur, tumeur du volume d'un œuf de poule, résistante, indolente, pas d'œdème des jambes. Miction et défécation normales.

A l'auscultation de la poitrine, légère submatité à la base gauche en arrière, amaigrissement considérable.

Application de soixante ventouses sur la poitrine, potion à l'acétate d'ammoniaque et au quinquina. Morte trois heures après son entrée.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, péritoine de coloration normale et sans épanchement, mais les intestins sont refoulés en masse, et comprimés sous le diaphragme. Le ventre est rempli par une tumeur de 75 centimètres de circonférence, arrondie, molle, fluctuante, à parois épaisses parcourue dans presque toute sa surface par des vaisseaux de gros calibre. Elle adhère au péritoine, dans la fosse iliaque gauche et dans l'hypochondre gauche, son pédicule est au niveau de l'ovaire gauche.

L'utérus paraît plus gros que le poing, mais à la dissection on peut l'isoler et constater qu'il adhère intimement à une tumeur dure, lardacée, développée en arrière de lui, constituée aux dépens de l'ovaire gauche ; c'est elle que l'on sentait pendant la vie dans le cul-de-sac postérieur.

L'ovaire droit a subi également la transformation kystique et a le volume d'un œuf de poule.

Par la ponction de la grosse tumeur évacuation d'une large poche, contenant 4 à 5 litres d'un liquide jaunâtre et visqueux : en arrière de cette poche multitude de petits kystes à parois plus foncées, ressemblant à de grosses grappes et contenant un liquide plus teinté, et plus épais que celui de la grande poche. Cependant quelques-uns contiennent encore un liquide foncé, dans beaucoup de points les parois de la tumeur présentent une épaisseur de 4 à 5 cent. et la coupe à ce niveau ressemble à celle d'un squirrhe. Légère ascite. L'examen histologique pratiqué ultérieurement y a démontré tous les éléments du sarcome.

Poumon gauche très congestionné surtout à sa base ; lobules emphysémateux sur le bord antérieur, noyaux de broncho-pneumonie disséminés dans le lobe inférieur.

Poumon droit, plus emphysémateux que le gauche, présente aussi quelques noyaux de broncho-pneumonie. Cœur de volume normal. Orifices sains. Foie un peu gros. Rate normale. Rein gauche augmenté de volume d'un bon tiers ; la capsule s'enlève facilement et laisse voir une surface blanchâtre présentant de légères saillies et dépressions ; étoiles de Verheyen très prononcées, à la coupe la substance corticale semble augmentée de volume, est pâle et tranche sur la rougeur des pyramides. Le rein droit a un volume normal, mais présente en petits caractères les altérations du rein gauche.

Péan Cliniq. chir., t. VI, p. 895 (1883-1884).

Observation 17

Sarcôme de l'ovaire; ovariectomie, hémorrhagie en nappe par le pédicule. — Guérison

Présentation de la malade à la Société par M. Polaillon.

Archiv. tocologie, mars 1885.

La nommée D... Marie, 48 ans, domestique, entrée le 12 novembre 1884, dans mon service de la Pitié (Salle Gerdy, N° 21).

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler, santé toujours excellente, réglée à 12 ans, n'a jamais eu d'enfants.

Il y a 3 ans, elle a vu son ventre augmenter de volume du côté de la fosse iliaque gauche. A la même époque métror-

rhagie qui dure 6 semaines. Puis la menstruation redevient régulière. Quelques douleurs dans le bas ventre.

Depuis 18 mois le ventre est devenu très volumineux. En même temps les règles firent leur apparition tous les quinze jours ou toutes les 3 semaines.

Entrée en 1883 à Lariboisière : on fait une ponction sans résultat.

En 1884, elle entre à la Pitié chez M. Dumontpallier. Nouvelle ponction pas de liquide, on pense à une tumeur solide et fait entrer la malade dans mon service pour l'opérer. Le ventre est volumineux, proéminent en avant. Sonorité dans les flancs, matité dans toute la région antéro-latérale. Aucun signe indiquant un épanchement ascitique. A la palpation, on a la sensation d'une grosse tumeur arrondie, non bosselée, un peu fluctuante que l'on déplace légèrement par des mouvements de latéralité. Au toucher vaginal les culs-de-sac sont libres, col normal, corps repoussé et fixé en avant et à droite. En soulevant le col avec le doigt, on soulève toute la masse morbide et le mouvement se communique à la paroi antérieure de l'abdomen. Le cathétérisme utérin montre que l'utérus n'a pas augmenté de volume ; fonctions du rectum et de la vessie non gênées ; santé bonne malgré amaigrissement, douleurs assez vives dans le ventre.

Je m'arrêtai comme M. Dumontpallier, au diagnostic d'une tumeur ovarienne. Je penchai pourtant vers l'opinion d'une tumeur polykystique dans laquelle le stroma solide formerait le principal élément. L'idée de fibrome est écartée. Comme la malade n'avait jamais eu de péritonite il était probable que les adhérences seraient peu nombreuses. L'évènement a montré le contraire.

Le 25 novembre. — Ovariectomie. Vers la partie supérieure de la tumeur existe une adhérence volumineuse contenant un paquet de grosses veines ; la tumeur n'a pas apparence de kyste. En tirant la tumeur on sent des adhérences sur les côtés. Il ne reste plus que le pédicule qui se continue avec la corne gauche de l'utérus, section du pédicule après ligature en fil de fer. Pansement de Lister.

Le jour de l'opération, nausées, quelques coliques et un suintement sanguin assez abondant à la partie inférieure du pansement, miction spontanée.

Pas de gaz par l'anus.

Température, soir 36°.

Pouls 76.

Champagne coupé et glacé.

Le 23. — La nuit a été bonne, l'écoulement sanguin persiste. Après avoir défait le pansement, on voit que le pédicule est couvert d'un gros champignon de sang coagulé, ce pédicule est le siège d'un écoulement sanguin en nappe.

Cautérisation du pédicule au thermo-cautère, tampons avec perchlorure de fer. Au bout de 1/4 d'heure l'hémorrhagie recommence, malgré nouveaux tampons. J'étreins alors le pédicule ; avec caoutchouc rouge, passé sous la broche et sous les bouts tordus de l'anse du fil de fer, nouveau pansement de Lister.

La malade est très faible, pouls bondissant dépressible à 86 le matin et 91 le soir.

Quelques coliques, émission de gaz par l'anus ; température, matin 37°4.

Température soir 37°2.

Le 3 décembre, pansement, tous les fils de suture su-

perficiels sont enlevés, la peau et les tissus bourgeonnent et suppurent autour du pédicule.

Le 10. — A la place du pédicule, on voit : une plaie en entonnoir profonde de 7 à 8 centimètres, recouverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Le 1^{er} janvier. — Plaie presque comblée et cicatrisée. Pansement iodoformé.

Le 2. — L'opérée se lève. L'appétit, les forces reviennent.

Le 14. — Cicatrisation complète.

Le 29. — Exéat, quelques varices.

Examen de la tumeur. — La pièce a été présentée à la Société d'anatomie, décembre 1884.

L'examen pratiqué par M. Barbien a démontré que cette tumeur était un véritable sarcome.

Observation 18

(Cents f. Gyn 28 sept. 94. — Pick)

Pick rapporte deux observations de sarcome de l'ovaire, chez deux jeunes filles de 18 à 16 ans, la 2^e présentait des troubles de la vue, qui avaient fait supposer une métastase oculaire, mais ces troubles disparurent après l'opération, toutes deux furent opérées et guéries.

L'auteur a pu réunir 23 cas semblables et il conclut.

1° Le pronostic des sarcomes de l'ovaire quelle que soit la structure de l'ovaire, est grave, quand les deux côtés sont atteints, beaucoup plus favorable quand un seul côté est malade.

2° Le sarcome à cellules rondes est le plus souvent double et malin, quand il est unilatéral, il est moins grave, et cependant il n'a jamais la bénignité du sarcome   cellules fusiformes unilatéral.

3° Quand le sarcome de l'ovaire se développe dans le jeune âge il affecte surtout la forme   cellules rondes.



CONCLUSIONS

1° Les tumeurs solides de l'ovaire comprennent les fibromes, les sarcomes, les fibro-sarcomes et les fibro-carcinomes.

2° Au point de vue clinique,

Les fibromes constituent des tumeurs plus ou moins dures, bosselées, mobiles sur l'utérus déplacé, de volume variable, n'entraînant aucune altération de la santé.

3° Les sarcomes et tumeurs mixtes, au dernier stade de leur évolution, se présentent sous forme de tumeurs occupant un ou plusieurs culs-de-sac, repoussant l'utérus du côté opposé, adhérent aux organes voisins et déterminant par leur volume des phénomènes de compression (nerfs, vessie, rectum) ou des phénomènes généraux (cachexie, phénomènes dyspeptiques).

4° Il est donc de toute nécessité d'établir dès le début un bon diagnostic, en s'appuyant sur l'étude attentive de la tumeur, de ses connexions avec l'utérus, en pratiquant l'hystérométrie. L'existence

d'une ascite abondante, l'absence d'hémorrhagies internes éveilleront l'attention sur la malignité de la tumeur, particulièrement le sarcome. Les mêmes symptômes avec une marche extraordinairement rapide de la tumeur, feront craindre l'épithéliome.

5° Etant donnée l'impossibilité de diagnostiquer les fibromes et les fibro-sarcomes dans leur forme de début, l'extirpation devra être appliquée à toutes les variétés de ce type, sitôt que se feront sentir les douleurs.

C'est encore à cette méthode de traitement qu'il faudra recourir dans les sarcomes de l'ovaire, lorsqu'on aura jugé qu'il n'existe que de faibles adhérences.

C'est le seul moyen de soustraire la malade aux terribles complications qui la menacent.

Le Président de la Thèse

Vu : le Doyen,

GUYON.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Pozzi. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire.
Ziembicki. — Thèse de Paris, 1875.
Bourgoin. — Thèse de Paris, 1893-1894.
Ladouce. — Thèse de Paris, 1889-1890.
Mundé. — Communication Ann. J. Obst. N. Y. 1889,
vol. IX, page 282.
Martin. — Lying-in Hosp. Melbourne. Obstétricale Transactions ; vol XII.
Spencer Wells. — Diseases of the ovaries. Londres, 1872.
Mazzolo. — Gazetta Medica Venete, n° 42, 1872.
Budin. — Bulletin Société anatomique du 5 novembre 1875.
Ziembicki. — Soc. A. n. 1874.
Péan. — Clinique chirurg. 1879. — Archives tocologie,
mars 1885.
Pick. — Centr. f. Gyn. 28 septembre 1894.
Hayem. — Revue. — British med. Journ. 8 juin 1889. T. 1,
page 1287. — Bulletin et Mémoires Société de Chirurgie,
13 nov. 1889, page 728.
Spencer Wells. — Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus,
trad. française, Paris 1883.

